



TRIBUNALE DI ANCONA

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Ancona, sezione prima, nella persona della dott.ssa Manuela Mari, ha pronunciato, dopo rituale delibera, la seguente

SENTENZA

nella causa n. /11 R.G., promossa

DA

, rappresentato e difeso dall'avv. Gabriele Chiarini;

ATTORE

CONTRO

Azienda Ospedaliera

, in persona del legale rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv.

;

CONVENUTA

CONTRO

Azienda Sanitaria

in persona del legale

rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv.

;

CONVENUTA

CON L'INTERVENTO DI

Gestione Liquidatoria

, in persona del legale

rappresentante, rappresentata e difesa dall'avv.

;

TERZA CHIAMATA

CON L'INTERVENTO DI

Assicurazioni

, in persona del legale rappresentante,

rappresentata e difesa dall'avv.

;

TERZA CHIAMATA

CON L'INTERVENTO DI



Assicurati che hanno sottoscritto il contratto assicurativo
n. , in persona del legale rappresentante, rappresentati e difesi dall'avv.

TERZO CHIAMATO

Posta in decisione all'udienza del 13.4.2016 sulle seguenti conclusioni delle parti:

per la parte attrice come da memoria n.1 ex art.183 c.VI c.p.c.:

*"Voglia l'Ill.mo Giudice adito, ogni contraria istanza disattesa e respinta:
accertare e dichiarare la responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale, diretta
e/o indiretta, dell'Azienda Ospedaliera*

, nonché dell'Azienda Sanitaria

*ovvero, in ipotesi di riconoscimento del difetto di legittimazione
passiva in capo a quest'ultima, della Gestione Liquidatoria*

*, per i motivi tutti di cui alla
narrativa dell'atto di citazione e alla presente memoria ex art. 183 c.p.c., in
ordine ai danni subiti da ovvero, in subordine, alla per lui
perduta possibilità di conservare la propria capacità visiva;
per l'effetto:*

*condannare ovvero, in ipotesi di riconoscimento del difetto di
legittimazione passiva in capo a quest'ultima, la Gestione Liquidatoria*

*al risarcimento dei
danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, in forza dei titoli meglio specificati in
narrativa dell'atto di citazione e della presente memoria ex art. 183 c.p.c., per il
pregiudizio arrecato all'occhio sinistro, ovvero, in subordine, per la perdita di
chances di conservare la propria capacità visiva all'occhio sinistro, nella misura
che risulterà di giustizia all'esito dell'istruttoria espletanda, con rivalutazione
monetaria dall'evento alla condanna, oltre interessi legali;*

condannare l'Azienda Ospedaliera

*ovvero, in ipotesi di riconoscimento del difetto di
legittimazione passiva in capo a quest'ultima, la Gestione Liquidatoria*

*– in solido tra loro – al risarcimento
dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali, in forza dei titoli meglio specificati*



in narrativa dell'atto di citazione e della presente memoria ex art. 183 c.p.c., per il pregiudizio arrecato all'occhio destro, ovvero, in subordine, per la perdita di chances di conservare la propria capacità visiva all'occhio destro, nella misura che risulterà di giustizia all'esito dell'istruttoria espletanda, con rivalutazione monetaria dall'evento alla condanna, oltre interessi legali.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa".

per Azienda Ospedaliera

come da memoria n.1 ex art.183 c.VI c.p.c.:

"Piaccia all'Ill.mo Tribunale di Ancona, in composizione monocratica, contrariis reiectis,

- in rito, in via preliminare, autorizzare, ai sensi dell'art. 269 c.p.c., la chiamata in causa della compagnia assicurativa Assicurazioni

- nel merito, in via preliminare, accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento del danno da responsabilità extracontrattuale fatto valere e, per l'effetto, rigettare tutte le domande avanzate a tale titolo da parte attrice;

- nel merito, sempre in via preliminare, accertare e dichiarare l'inammissibilità della domanda attorea per indeterminatezza e genericità del quantum debeatur;

- nel merito, in via principale, rigettare tutte le domande avanzate da parte attrice nei confronti della Azienda Ospedaliera

, perché infondate in fatto ed in diritto per tutte le ragioni innanzi esposte;

- nel merito, in via subordinata, nell'eventualità che venga ritenuta la sussistenza di una responsabilità solidale tra l'Azienda Ospedaliera

e l'Azienda

, stabilirne le rispettive quote nell'ambito delle quali ognuno dei convenuti dovrà provvedere al risarcimento del danno proporzionale, riducendo il credito risarcitorio nei limiti del congruo e dell'equo con esclusione delle poste risarcitorie duplicative od inesistenti;

- nel merito, in via ulteriormente subordinata, nella denegata ipotesi, e salvo gravame, che venga ravvisata la responsabilità esclusiva e/o concorrente e/o solidale della convenuta Azienda Ospedaliera

, accertare e dichiarare che la compagnia



assicurativa Assicurazioni

, con la quale la Azienda Ospedaliero

ha contratto

polizza di responsabilità civile n. per danni prodotti nell'esercizio delle proprie attività istituzionali operante, ex art. 26 Condizioni di Polizza, anche per i fatti accaduti successivamente al 01.01.1999, è tenuta a garantire e manlevare l'Azienda Ospedaliero

contro gli effetti pregiudizievoli dell'accoglimento della domanda dell'attore e, per l'effetto, condannarla al pagamento di quelle somme che verranno accertate e liquidate in corso di causa, ovvero accertare e dichiarare il diritto di regresso della convenuta nei confronti della medesima compagnia di quanto eventualmente abbia a pagare in favore dell'attore.

Con sentenza esecutiva e vittoria di spese, funzioni ed onorari del presente giudizio".

per Azienda Sanitariacome da comparsa dicostituzione e come da atto di chiamata in causa del terzo:

"Voglia l'On.le Tribunale adito, respinta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, in via preliminare ed in rito eccepire e dichiarare, per le causali tutte rappresentate in parte narrativa: 1) il difetto di legittimazione passiva in capo all'Azienda Sanitaria 2) La violazione delle norme sulla regolare instaurazione del contraddittorio; 3) L'Incompetenza territoriale del Tribunale di Ancona, in favore del Tribunale di 4) La decadenza e la prescrizione del diritto a ottenere il risarcimento dei danni sia ex art. 2043 cc, sia ex art. 1228 c.c.; 5) La nullità della domanda per genericità e indeterminatezza della stessa; 6) Il differimento dell'udienza di comparizione con autorizzazione a chiamare in causa la compagnia assicurativa con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, con distrazione delle somme in favore dell'odierno procuratore antistatario.

Nel merito rigettare la domanda attrice in quanto infondata in fatto e in diritto, per le motivazioni tutte enunciate in parte narrativa, con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa, con distrazione delle somme in favore dell'odierno procuratore antistatario".

per Gestione Liquidatoriacome da comparsa dicostituzione e come da atto di chiamata in causa del terzo:

"Voglia l'On.le Tribunale adito respinta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione.

in via preliminare ed in rito eccepire e dichiarare, per le causali tutte rappresentate in parte narrativa: 1) L'incompetenza territoriale del Tribunale di Ancona, in favore del Tribunale di ... 2) La decadenza e la prescrizione del diritto a ottenere il risarcimento dei danni sia ex art. 2043 cc, sia ex art. 1228 c.c.; 3) La nullità della domanda per genericità e indeterminatezza della stessa; 4) Il differimento dell'udienza di comparizione con autorizzazione a chiamare in causa la compagnia assicurativa ... in persona del legale rapp.te p.t. con sede in ... , al fine di tenere indenne l'A.S.L., Gestione Liquidatoria, con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.

Nel merito rigettare la domanda attrice in quanto infondata in fatto e in diritto, per le motivazioni tutte enunciate in parte narrativa, con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa”

per Assicurazioni come da comparsa di costituzione:

“Piacchia all’Ill.mo Tribunale adito, contrariis reiectis, accertare e dichiarare l’inesistenza e l’inoperatività della copertura assicurativa, invocata nei confronti della chiamata in causa Assicurazioni in forza della polizza n. respingendo per l’effetto tutte le domande contro la medesima formulate dalla convenuta Azienda Ospedaliera

con qualsiasi ed ogni conseguente
statuizione.

In via subordinata, nella denegata ipotesi di ritenuta operatività dell'obbligo di garanzia da parte di Assicurazioni respingere in ogni caso nel merito da domanda risarcitoria formulata dall'attore nei confronti dell'Azienda Ospedaliera

con qualsiasi ed ogni conseguente statuizione anche in ordine alla invocata manleva.

In ogni caso con vittoria di spese ed onorario di lite."

per Assicurazione come da nuove comparse di costituzione depositate
il 12.4.2016:

"IN VIA PRELIMINARE:



accertarsi e dichiararsi il difetto di legittimazione passiva di per le ragioni
esposte negli scritti depositati;

accertarsi e dichiararsi l'intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento del
danno, azionato dal signor nel presente giudizio per tutti i motivi già
evidenziati in atti, rigettando l'avversa domanda;

NEL MERITO:

accertarsi e dichiararsi l'inoperatività della garanzia assicurativa invocata e,
conseguentemente, rigettarsi ogni domanda rivolta nei confronti dei terzi
chiamati Assicurati che hanno assunto il rischio di cui al certificato
n.

accertarsi e dichiararsi la carenza di obbligazione degli Assicurati
che hanno assunto il rischio di cui al certificato n. in relazione alla
garanzia assicurativa invocata alla luce di tutte le ragioni dedotte in narrativa e,
conseguentemente, rigettarsi ogni domanda rivolta nei confronti dei terzi
chiamati;

respingersi, comunque, ogni domanda, da chiunque proposta, nei confronti
degli Assicurati, in quanto infondata in fatto ed in diritto,
mandando i terzi chiamati assolti da ogni avversa pretesa;

rigettarsi, comunque, integralmente la domanda di parte attrice in quanto
assolutamente infondata in fatto ed in diritto, mandandosi l'Ente convenuto e
assicurato, e conseguentemente gli Assicurati assolti da ogni
avversa pretesa e da qualsivoglia obbligazione;

nella denegata e non creduta ipotesi in cui si dovesse riconoscere una qualche
forma di responsabilità di nella causazione dei danni,
nonché di operatività della garanzia invocata, accertarsi e dichiararsi che i
pregiudizi risultano configurabili solo ed esclusivamente in termini di c.d. perdita
di chance in tal via respingendo la domanda o, comunque, riducendo
drasticamente la quantificazione dei danni;

sempre nella denegata e non creduta ipotesi in cui si dovesse riconoscere una
qualche forma di responsabilità di nella causazione dei danni, nonché di
operatività della garanzia invocata, accertarsi l'effettivo grado di responsabilità
causalmente rilevante direttamente ascrivibile in capo alla struttura sanitaria
assicurata e nei soli limiti del grado di incidenza causale da ascrivere ai



trattamenti praticati presso l'ente assicurato, con esclusione di ogni ipotesi di obbligazione solidale in relazione all'operato eventualmente censurabile di altri soggetti;

comunque, ridursi la responsabilità dell'ente assicurato e in ogni caso l'obbligazione risarcitoria, e ciò anche in ragione del concorso colposo del danneggiato;

mantenersi, in ogni caso, l'eventuale obbligazione degli Assicurati

entro i limiti previsti dalle condizioni di polizza, con esclusione di ogni obbligazione in capo all'assicuratore derivante dagli effetti della solidarietà passiva tra condebitori, limitando dunque la garanzia alla stretta quota di responsabilità riferibile all'assicurato;

IN OGNI CASO:

con salvezza di ogni azione di rivalsa o regresso e con vittoria di spese di lite".

MOTIVI DELLA DECISIONE

con atto di citazione notificato rispettivamente in data 14.1.2011 e 27.1.2011 conveniva in giudizio innanzi al Tribunale di Ancona l'Azienda Ospedaliera

e l'Azienda Sanitaria , chiedendone la condanna in solido al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, patiti a causa dei trattamenti sanitari effettuati presso le due strutture sanitarie, che lo avevano condotto alla pressochè totale cecità. In particolare - nato nel , residente a

il 26.6.2000 si faceva accompagnare presso l'ospedale di , perché il giorno precedente aveva avuto una improvvisa riduzione del *visus* all'occhio sinistro. Qui gli venne diagnosticata una emorragia endovitreal, ma non gli venne prescritta alcuna terapia. L'emorragia non si riassorbì spontaneamente, nonostante il passare del tempo; quindi a settembre

si fece nuovamente visitare presso lo stesso ospedale, dove gli fu consigliato di sottoporsi a intervento di vitrectomia. Il 17.12.2000 venne ricoverato e il 18.12.2000 venne operato per distacco di retina all'occhio sinistro. Nel frattempo effettuò sempre presso l'ospedale di alcune sedute di laserterapia all'occhio destro per iniziale retinopatia. Il 29.12.2000 fu nuovamente ricoverato per persistenza di proliferazioni alla macula all'occhio



sinistro. Il 25.3.2001 fu nuovamente operato per rimozione dell'olio di silicone.

Tuttavia non riuscì a recuperare la vista all'occhio sinistro. All'inizio del 2002 si aggravò la situazione dell'occhio destro e, dopo vari consulti anche presso gli Ospedali

, si sottopose ad asportazione della cataratta nell'agosto 2003. Alla fine del 2003 gli fu consigliato di effettuare una terapia cortisonica all'occhio destro e il 16.12.2003 presso gli Ospedali

gli fu praticata una iniezione di Triamcinolone. Dopo un breve periodo di miglioramento, anche l'occhio destro iniziò a perdere la capacità visiva fino alla pressochè totale cecità nel maggio 2004.

si recò presso un altro specialista a Roma, il quale riscontrò una elevata pressione all'occhio destro e gli somministrò una terapia farmacologica, con conseguente stabilizzazione della situazione tuttavia ormai definitivamente compromessa.

L'attore ravvisava profili di responsabilità in capo sia alla Azienda Sanitaria sia in capo agli Ospedali

che con prestazioni sanitarie non corrette – sotto molteplici profili, inclusa l'omissione di consenso informato - lo avevano condotto alla cecità. Chiedeva pertanto il risarcimento dei danni o il risarcimento per perdita di chances. Deduceva un danno biologico del 60%, a cui andavano aggiunte la componente morale e la componente esistenziale. Deduceva un danno patrimoniale per spese mediche – da liquidare in via equitativa - e soprattutto un danno per mancato guadagno - da liquidare sempre in via equitativa - in quanto pur essendosi laureato in , difficilmente avrebbe potuto esercitare la professione.

- Si costituivano gli Ospedali Riuniti

per contestare la fondatezza della domanda attorea, sia sotto il profilo dell'*an* che del *quantum*. La convenuta, pur non negando il contratto di ospedalità, formulava eccezione di prescrizione quinquennale del credito risarcitorio derivante da fatto illecito. Sosteneva che la somministrazione di Triamcinolone all'occhio destro, seppur effettuata "off label", rispondeva alla buona pratica medica del tempo secondo la miglior scienza internazionale; aggiungeva che il paziente era stato informato verbalmente delle caratteristiche del trattamento e verbalmente aveva espresso consenso. La perdita del visus era conseguenza della grave patologia diabetica, da cui era affetto fin dalla nascita e non dei trattamenti sanitari prestati ad



- Su chiamata in causa degli Ospedali Assicurazioni con cui l'azienda ospedaliera era assicurata per la responsabilità civile. La compagnia assicurativa eccepiva l'inoperatività della polizza, poiché il trattamento con Triamcinolone all'occhio destro doveva essere qualificato come terapia sperimentale e, in assenza di consenso informato scritto del paziente ex art.50 delle condizioni contrattuali, la garanzia non era operativa. Per il resto si associava alle difese della convenuta Azienda Ospedaliera

- Si costituiva l'Azienda Sanitaria, la quale in via preliminare eccepiva la propria carenza di legittimazione. La convenuta precisava che le ASL inclusa la ASL presso cui si erano verificati i fatti oggetto di causa – erano state sciolte e a far data dall'1.1.2006 - con legge regionale - era stata istituita la. Tuttavia le posizioni riferite alle vecchie ASL non erano passate in capo alla neocostituita in applicazione del principio fondamentale stabilito dalla legge statale per cui i debiti degli enti sanitari preesistenti non dovevano gravare sulle nuove aziende. Le pendenze riguardanti le ASL erano state trasferite in capo ad una apposita gestione liquidatoria, in persona di un commissario liquidatore; la circostanza che tale incarico fosse svolto dallo stesso soggetto che ricopriva la posizione di direttore generale della ASREM non aveva alcun rilievo giuridico sotto il profilo della titolarità dei rapporti.

Eccepiva inoltre l'incompetenza territoriale del Tribunale di Ancona, in favore del Tribunale di. Eccepiva la prescrizione del diritto e contestava la fondatezza degli assunti di parte attrice. Chiedeva in ogni caso di poter chiamare in causa gli Assicuratori per essere manlevata in caso di soccombenza.

- Si costituivano gli Assicuratori sottoscrittori del contratto assicurativo n. I terzi chiamati confermavano la carenza di legittimazione passiva del e negavano che fosse ravvisabile una responsabilità delle strutture sanitarie per la perdita del visus dell'attore.

Alla prima udienza svoltasi il 19.10.2011, viste le difese della convenuta ASREM, l'attore veniva autorizzato a chiamare in causa la Gestione



Liquidatoria

nei confronti della quale estendeva le sue

domande.

- Si costituiva la Gestione Liquidatoria svolgendo difese che ripercorrevano il contenuto di quelle già formulate dalla convenuta. La Gestione Liquidatoria chiedeva inoltre di chiamare in causa gli Assicura

Si costituivano nuovamente i medesimi Assicurati: infatti la polizza assicurativa genericamente richiamata dalla Gestione Liquidatoria è risultata essere la stessa già invocata dall'. Gli Assicurati ribadivano la prescrizione del diritto al risarcimento, la erronea prospettazione dei fatti di causa da parte dell'attore, l'assenza di responsabilità dei sanitari di e contestavano l'esistenza dei danni indicati dall'attore.

La prima udienza di trattazione a contraddittorio integro si svolgeva il 28.11.2012.

La causa veniva successivamente istruita con assunzione di prova testimoniale. Veniva disposta CTU medico-legale.

All'udienza del 13.4.2016 venivano precisate le conclusioni.

- Così ricostruiti i fatti di causa, preliminarmente è opportuno affrontare l'eccezione di carenza di legittimazione – recte titolarità del rapporto controverso - sollevata dalla la quale ha rimarcato che *"nel quadro di un indirizzo di politica legislativa, che aveva preso avvio sia in sede nazionale che in quella regionale, erano state soppresse le A.S.L. con la correlativa istituzione-costituzione delle Aziende Sanitarie Regionali. La soppressione delle A.S.L. non aveva determinato l'estinzione immediata delle stesse, ma aveva comportato l'apertura della liquidazione dell'ente, strutturalmente distinto dall'ente subentrante, così come espressamente previsto anche dalle leggi reg. in armonia con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, che prevedevano di non far gravare direttamente o indirettamente sulle neocostituite aziende i debiti pregressi facenti capo alle preesistenti A.S.L. (Cfr Cass. Civ. n. 6420/2000- n. Corte Cost. n. 108/2010)."*

L'eccezione è fondata.

Posto che non è in discussione che le prestazioni sanitarie effettuate presso l'ospedale di siano state rese dalla ASL



l'obbligazione oggetto della presente controversia dovrebbe far capo a tale ente.

Come correttamente spiegato dalla convenuta, a seguito della della successiva Delibera di Giunta Regionale è stata costituita

con contestuale apertura della liquidazione delle ASL, tra cui l'ASL e relativa nomina dei commissari liquidatori. La legge regionale - all'art.13 - espressamente stabiliva che nessun rapporto derivante dalla pregressa attività delle ASL potesse essere posto a carico della e che i crediti ed i debiti sarebbero rimasti in capo alla gestione liquidatoria. Con le legge regionali n.21/2008 e n.34/2008 - da interpretare in via sistematica e nel rispetto della legislazione nazionale - le quattro gestioni liquidatorie inizialmente previste - create su base territoriale - erano state poi riorganizzate e unificate ed era stata istituita un'apposita Gestione Liquidatoria delle disciolte aziende sanitarie locali della Regione

Deve concludersi quindi che a far data dall'1.1.2009 l'attività liquidatoria - e quindi anche la gestione delle pendenze, inclusi eventuali debiti accertati o da accertare - è stata attribuita ad un unico commissario liquidatore, individuato nel soggetto che riveste la qualifica di direttore generale della ma senza che possa ravvisarsi identità tra e Gestione liquidatoria, che conservano ciascuna una propria soggettività giuridica, del che si trova riscontro nel fatto che ciascuna ha una propria partita IVA, una propria contabilità e una propria tesoreria.

Tale conclusione è conforme ai principi enunciati dalla Corte di Cassazione nella pronuncia n. 6531/2014. La Suprema Corte, dopo aver affermato che in nessun caso a norma della L. n. 724 del 1994, le Regioni potevano far gravare, direttamente o indirettamente, sulle neo-costituite aziende sanitarie i debiti pregressi facenti capo alle preesistenti Unità sanitarie locali (v. anche Corte Cost. sentenze n. 437/2005, n. 116/2007 e n. 108/2010), ha chiarito che *"Una situazione analoga a quella fin qui descritta è quella che si è verificata nella Regione in seguito alla citata che ha istituito ed ha posto in liquidazione le AASSLL esistenti nel territorio regionale, a decorrere dall'entrata in funzione del (art. 13, comma 2), stabilendo,*



peraltro, che *"i crediti ed i debiti delle attuali Aziende Sanitarie restano in capo alla gestione liquidatoria"* (art. 13, comma 4)". Pertanto, alla luce del principio fondamentale ispiratore della riforma del sistema sanitario, nessuna diversa interpretazione può essere data alla normativa regionale contenuta da ultimo nelle legge regionali n.21/2008 e n.34/2008.

Ne consegue che va dichiarata la carenza di titolarità della rispetto al rapporto sostanziale oggetto della causa, essendo invece titolare della posizione la Gestione Liquidatoria. Risultano, per l'effetto, superate tutte le ulteriori eccezioni e deduzioni svolte dalla convenuta:

- Passando ad esaminare le questioni preliminari sollevate dalla terza chiamata Gestione Liquidatoria, va innanzitutto respinta l'eccezione di nullità dell'atto di citazione per genericità del contenuto: *petitum* e *causa petendi* sono chiaramente individuabili dalla lettura dell'atto di citazione.

Va parimenti respinta l'eccezione di incompetenza territoriale del Tribunale di Ancona in favore del Tribunale di

Trova infatti applicazione nel caso di specie la regola prevista dall'art.33 c.p.c., per l'ipotesi di cumulo soggettivo. Posto che non vi è dubbio che il foro del convenuto Ospedali debba essere individuato nel Tribunale di Ancona, non può negarsi che sia ravvisabile una connessione per l'oggetto tra le posizioni delle due strutture sanitarie convenute, le quali sono state chiamate da a risarcire in solido il danno asseritamente cagionato al *visus* dell'attore con prestazioni sanitarie errate, che lo avrebbero condotto alla pressochè totale cecità.

E' opportuno ricordare che secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza, *"Ai fini dell'individuazione del giudice territorialmente competente, occorre avere riguardo ai fatti per come prospettati dall'attore, attenendo al merito l'accertamento della fondatezza delle contestazioni formulate dal convenuto e dovendosi tenere separate le questioni concernenti il merito della causa da quelle relative alla competenza."* (Cass. n.9028/2014).

Nel caso di specie, nella ricostruzione dell'attore il danno alla salute – e tutti i conseguenti danni patrimoniali e non patrimoniali – vengono prospettati come risultato di una pluralità di condotte sanitarie imperite e negligenti, poste in essere dal personale medico dei due ospedali in tempi differenti, ma con effetti



che si sono andati a sovrapporre e a cumulare, convergendo nel risultato finale della perdita della vista per cui viene chiesto il risarcimento (v. Cass. n.4750/2009).

L'eccezione di incompetenza territoriale è quindi infondata.

- Nel merito, tramite CTU è stata approfonditamente esaminata la vicenda sotto il profilo medico-legale.

E' opportuno ripercorre i passaggi salienti della relazione peritale conclusiva depositata il 26.5.2014 dai c.t.u. nominati prof. Benedetto Vergari e dott. Giorgio Valdè, passaggi in cui viene delineata con estrema chiarezza e precisione la storia clinica del paziente, le patologie da cui era affetto, il tipo di cure che gli furono prestate a lo stato della scienza medica a quel tempo, l'evoluzione del deficit al visus fino all'attuale condizione psico-fisica dell'attore e la misura in cui tale gravissimo deficit sia riconducibile eziologicamente alle prestazioni sanitarie ricevute.

I c.t.u. scrivono (pag.72 e seg.): *"Gli aspetti oggetto di contestazione sono rappresentati dal trattamento di una emorragia endovitreal e all'occhio sx (Ospedale di) comparsa nel giugno del 2000, dal trattamento laser effettuato nell'autunno del 2000 all'occhio dx (Ospedale di e dal trattamento effettuato nel dicembre 2003 rappresentato da iniezione di Triamcinolone all'occhio dx (Ospedale di).*

La prima fase ha interessato l'occhio sx e riguarda il periodo intercorrente dal giugno del 2000, contrassegnato in particolare dall'intervento chirurgico di vitrectomia e cerchiaggio il 18/12/2000, dall'intervento di vitrectomia e rimozione PFC del 29/12/2000 e dall'intervento di rimozione olio di silicone e peeling delle membrane del 26/3/2001 sempre per quanto riguarda l'occhio sx.

La seconda fase è riferibile all'occhio dx ed al trattamento laser effettuato nell'autunno del 2000.

La terza fase è riferibile all'occhio dx ed al trattamento caratterizzato da iniezione intravitreal e di 4 mg di Triamcinolone acetoneide il 16/12/2003.

Parte attrice contesta, per quanto attiene la prima fase ed i trattamenti riferibili all'occhio sx, il non aver praticato o consigliato di far praticare altrove una vitrectomia tempestiva, né consigliato un controllo a breve termine per una verifica clinica, ravvisando inoltre l'aver voluto protrarre l'attesa senza



consigliare al paziente di recarsi altrove per essere operato, determinando, quindi, l'attesa così protratta, in presenza di una massiva emorragia del vitreo la perdita del visus con atrofia bulbare.

Per quanto attiene, invece, l'occhio dx, viene contestato da parte attrice da un lato come il trattamento laser praticato all'occhio dx venne effettuato in assenza di fluorangiografia preventiva e dall'altro come, pur a fronte di un trattamento con Triamcinolone che può essere considerato corretto, sussista una negligenza in rapporto alla mancanza assoluta di informazione circa le possibili complicanze conseguenti a tali terapie, sottolineando altresì, oltre alle già richiamate contestazioni sulla non adeguata informazione, di non aver effettuato un protocollo di controlli in rapporto ad un ipertono che ha poi determinato gravi danni funzionali, che avrebbero potuto essere evitati in caso di tempestivo rilievo di tale ipertono.

I CTU hanno esaminato scrupolosamente la documentazione presente in atti, tutti i rilievi clinici che sono desumibili da tale documentazione ed hanno preso atto anche della situazione attuale obiettiva che riguarda il visus di

, ovvero un visus all'occhio dx di 1-1,5/10 non modificabile con lenti e un visus all'occhio sx di 0 e con un tono di 15 mmHg senza terapia, rilevando a BOD sinechia irido lenticolare e lieve cataratta e BOS bulbo in tisi, al fundus dell'occhio dx papilla pallida, atrofica e non escavata e fundus occhio sx non esplorabile, rilevando al campo visivo dell'occhio dx un marcato restringimento a 10-15°, che arriva 20° temporalmente.

Siamo di fronte, pertanto, ad un paziente affetto da diabete mellito giovanile con ricovero già all'età di 2 anni, quindi trattato con terapia insulinica, con sviluppo di una retinopatia diabetica.

Risulta peraltro un paziente con un rapporto "particolare" con la sua malattia ed in rapporto alla quale si è in qualche modo "trascurato".

Occorre rilevare come lo stesso paziente riferisca che quando si verificò l'emorragia vitreale all'occhio sx nel giugno del 2000, perdendo completamente la visione, per circa 5 mesi non comunicò nulla ai propri genitori; non vi è dubbio come la presenza di un grave diabete fin dalla nascita imponesse controlli oculistici molto più frequenti e ravvicinati; va rilevato inoltre che il 27/2/1999, quindi antecedentemente ai fatti oggetto di causa, in occasione di



una visita effettuata per il rinnovo della patente di guida, il Dott.

riscontrò bilateralmente la presenza di una retinopatia diabetica moderata e tale riscontro, che è riferibile probabilmente alla prima indicazione diagnostica di una retinopatia diabetica e quindi di una complicazione significativa e rilevante della patologia diabetica di cui era affetto il paziente, avrebbe imposto un severo monitoraggio della malattia che avrebbe permesso quantomeno di rallentare il marcatissimo aggravamento poi successivamente verificatosi.

Viene riferita il 25/6/2000 un'improvvisa completa perdita del visus all'occhio sx attribuibile ad una emorragia vitreale e quando si verificò tale evento era certamente presente bilateralmente una severa retinopatia diabetica proliferante.

Va peraltro rilevato come di tutte le visite effettuate dal 27/2/1999 al 17/12/2000 non esiste agli atti alcuna documentazione, in quanto il Sig. si recava presso l'Ospedale di Larino e veniva visitato "amichevolmente", come da lui stesso riferito, dal Dott.

Il Dott. conferma di avere avuto modo di conoscere e visitare più volte il Sig. già prima del giugno 2000, confermando la visita del settembre 2000 ed il trattamento di laserterapia OD oltre ai successivi trattamenti fino al dicembre 2000, periodo dopo il quale dichiara di non aver avuto modo più di visitare il ; lo stesso Dott. nella sua relazione in atti non conferma né smentisce la visita del giugno 2000.

È rilevabile nell'arco temporale sopra indicato, dal 27/02/1999 al 17/12/2000, una serie di elementi afferenti la responsabilità dei sanitari.

Occorre in primo luogo rilevare come non risulta effettuata una ecografia bulbare all'occhio sx, che avrebbe permesso di monitorare l'evoluzione dell'emorragia vitreale ed escludere altre eventuali patologie (l'ecografia in atti non riporta indicazione cronologica ed è incompleta), non essendo neppure effettuata una fluorangiografia all'occhio dx per evidenziare tutte le aree ischemiche che poi furono trattate "alla cieca" con laser, né fu effettuata una fluorangiografia al termine di trattamenti laser all'occhio dx che avrebbe permesso di evidenziare la presenza di aree ischemiche non trattate, potenzialmente responsabili dell'aggravamento avvenuto 2 anni dopo, ovvero nel 2002.



Il paziente, non fu sottoposto ad intervento di vitrectomia all'occhio sx in tempi più precoci e tempestivi rispetto all'esordio del quadro clinico e della sintomatologia (attendibilmente nel giugno del 2000 con il riferito improvviso calo del visus), né risulta una adeguata, corretta e completa informazione in occasione dell'intervento di vitrectomia.

Occorre considerare che l'emorragia vitreale certamente imponente è persistita per più di 6 mesi all'occhio sx dal momento della comparsa delle prime manifestazioni del giugno del 2000, condizionando sicuramente negativamente l'intervento del 18/12/2000 e favorendo la comparsa di tutte le successive complicanze che hanno causato l'evoluzione in tisi del bulbo e conseguente perdita della funzionalità visiva all'occhio sx.

In quel periodo il diabete era marcatamente scompensato e ciò è confermato dai rilievi emersi dalla cartella clinica in particolare rispetto alla glicemia, sempre intorno ai 300; e anche questo fattore ha contribuito a peggiorare l'evoluzione bilateralmente e la prognosi della retinopatia.

Inoltre, l'intervento del 29/12/2000 rappresenta una possibile complicanza di quello precedente del 18/12/2000.

In data 27/3/2001, in occasione dell'asportazione dell'olio di silicone all'occhio dx, fu rilevato un visus di 5/10 e all'occhio sx "moto della mano"; obiettivamente all'occhio dx, pur essendo presente un buon visus, erano presenti gli esiti proliferativi di una retinopatia diabetica proliferante, dei diffusi trattamenti laser probabilmente non completi, a causa della mancata effettuazione della fluorangiografia, che avrebbe permesso di mettere in evidenza delle residue aree ischemiche che negli anni successivi hanno sicuramente contribuito a causare l'aggravamento dell'occhio dx.

Va precisato come lo stesso Dott. _____ confermi nella relazione presente agli atti di aver avuto modo di conoscere e di visitare più volte il Sig.

già prima del giugno 2000, quindi confermando nella sua relazione sia il laser trattamento all'occhio dx, sia l'attendismo nel trattare chirurgicamente l'emorragia intravitreale all'occhio sx in attesa di un possibile riassorbimento spontaneo, motivando lo stesso Dott. _____ la non effettuazione di accertamenti quali FAG ed ecografia e comunque attribuendo alla trascuratezza



del paziente ed all'evoluzione naturale della retinopatia proliferante le conseguenze in atto.

Va poi considerato che nel corso del 2001 il paziente eseguiva numerose visite, nelle quali sostanzialmente non emergevano fatti nuovi e dal 9/2/2002 all'8/4/2002, in occasione delle visite dal Prof. _____, all'occhio dx fu rilevata la presenza di emorragie vitreali recidivanti che fecero sorgere il dubbio sulla necessità di effettuare un intervento di vitrectomia; inoltre, dalla documentazione agli atti risulta che dal 18/4/2002 al 28/8/2003 furono effettuati ripetuti consulti fra il Prof. _____ e il Prof. _____ ed il paziente stesso, in base ai quali fu deciso di non effettuare l'intervento.

Per quanto attiene tale scelta ed opzione terapeutica relativa dunque all'eventuale intervento di vitrectomia all'occhio dx nel corso del 2002-2003 non si ravvisano elementi di responsabilità professionale.

In data 16/12/2003 all'occhio dx comparve edema maculare per il quale fu effettuato ad _____ una iniezione di Triamcinolone, terapia "off label", unica possibile efficace terapia nel 2003, come confermano i dati della letteratura.

Non emerge, è vero, un'acquisizione di consenso in rapporto ad una delle possibili complicanze di tale iniezione, ovvero l'aumento del tono endoculare, ma risulta come il Prof. _____ il 27/2/2004 riscontrò probabilmente un lieve ipertono senza indicazione numerica che portò alla sola prescrizione di collirio ipotonizzante e due mesi dopo, il 21/4/2004, il Prof. _____ confermò il collirio Cosopt in quanto probabilmente il tono risultava ben compensato, altrimenti avrebbe aumentato o modificato tale terapia.

Il paziente riferisce che 18/5/2004 e il 19/5/2004, in occasione di due visite effettuate a Roma, gli fu riscontrato un tono di 46 mmHg, ma di tale rilievo non esiste alcuna documentazione, quindi è un riscontro non confermabile.

In ogni caso, il 18/5/2004 fu possibile effettuare regolarmente un OCT che sicuramente in quegli anni, per poter essere effettuata, necessitava di un'ottima trasparenza corneale, per cui con un eventuale tono di 46 mmHg non sarebbe stato possibile effettuare l'esame stesso.

Pertanto, non è ragionevole supporre, ad avviso degli scriventi, che in quei giorni e in quel periodo fosse presente un tono molto elevato ed a conferma di



ciò è anche il fatto che in quel periodo la terapia ipotonizzante subì poche variazioni.

Da notare poi che sia le emorragie vitreali recidivanti che l'edema maculare fanno parte di un fisiologico aggravamento della retinopatia diabetica al quale ha probabilmente contribuito, come già detto, una non corretta esecuzione del laser presso l'Ospedale di

Nel 2004 la funzionalità visiva dell'occhio dx era già marcatamente diminuita, in quanto il visus risultava di 1/10 ed era presente una marcata compromissione del campo visivo.

Pertanto, rispetto all'operato dei sanitari dell'Ospedale di si rileva come sussistessero le indicazioni ad effettuare l'iniezione intravitreale di Triamcinolone, modalità off label, anche se risulta carente l'informativa in rapporto alla possibilità di insorgenza dell'ipertono che comunque risulta essersi verificato in minima entità, probabilmente ben compensato dalla terapia locale, per cui si ha ragione di ritenere che non abbia influito sul deterioramento della funzionalità visiva.

Attualmente il visus del paziente risulta sempre di 1-1,5/10 all'OD, ma con un aggravamento del campo visivo legato all'atrofia ottica dovuta al diabete e non al glaucoma e tale affermazione risulta confermata dal progressivo peggioramento del campo visivo in presenza di un buon compenso del tono e dell'aspetto del nervo ottico, che appare atrofico e non escavato e quest'ultimo aspetto sarebbe suggestivo di glaucoma.

In definitiva, pertanto, i sottoscritti CTU ritengono sussistenti elementi di responsabilità professionale a carico dei sanitari dell'Ospedale di in rapporto ad una inadeguata condotta tecnica in riferimento al non adeguato né tempestivo trattamento della emorragia intravitreale all'occhio sx nel 2000, oltre alla mancata effettuazione di accertamenti, tra cui in particolare una ecografia bulbare all'occhio sx, oltre ad un non adeguato trattamento all'occhio dx sempre nel 2000, in particolare laser trattamento effettuato alla cieca, non essendo stata effettuata fluorangiografia all'occhio dx né preventivamente, né dopo i trattamenti laser.

Le suddette prestazioni non presentavano profili di particolare difficoltà.



Gli stessi CTU ritengono come non si ravvisino elementi significativi di responsabilità e quindi di inadeguate condotte tecniche in rapporto al trattamento successivamente effettuato e rappresentato da iniezione di Triamcinolone, farmaco usato off label, nel 2003 in rapporto alla comparsa di edema maculare all'occhio dx, emergendo solo una carente informazione sulla possibile complicanza rappresentata da ipertono, ma non risultando un elevato ipertono nella documentazione agli atti, con documentazione che anzi attesta un lieve ipertono probabilmente ben compensato dalla terapia locale, che non ha influito sul deterioramento della funzione visiva.

Si tratta, pertanto, di inadeguata condotta tecnica relativa alla prima fase che ha interessato l'occhio sx e l'occhio dx e che ha inciso e concorso nell'aggravamento del quadro funzionale sia a carico dell'occhio sx che dell'occhio dx in presenza attualmente di un visus all'occhio dx di 1-1,5/10 non correggibile e di un visus spento all'occhio sx, dovendo peraltro correttamente inquadrare la condizione come un aggravamento dovuto all'inadeguata condotta tecnica già sopra ampiamente evidenziata, peraltro nel contesto di una patologia a naturale evoluzione peggiorativa rappresentata da retinopatia proliferante che già di per sé avrebbe comunque compromesso in modo importante la vista.

Passando ora alla valutazione del danno, sotto il profilo metodologico medico-legale viene considerato sia il danno conseguente alla naturale evoluzione della retinopatia diabetica, che il danno conseguente alla inadeguata condotta tecnica, identificando in modo più preciso possibile il cosiddetto "danno differenziale" scorporandolo dal danno complessivo.

Pertanto, occorre preliminarmente valutare 3 componenti, rappresentate dal danno complessivo, da quello attribuibile alla naturale evoluzione della retinopatia diabetica e dal danno ascrivibile alla inadeguata condotta tecnica.

I CTU, applicando una scrupolosa metodologia valutativa medico-legale, con riferimento ai comuni e più autorevoli barèmes (tabella INAIL D.P.R. 38/2000 e tabella delle menomazioni approvata Commissione D.M. 26.05.2006 e prevista dall'Art. 138 del D.L. 209/2005) formulano le seguenti valutazioni di merito:

1. Il danno biologico permanente in nesso causale con il quadro attuale (rappresentato da visus residuo OD di 1-1,5/10 e visus assente OS) è stimabile



nella misura del 69% (calcolando nella specifica tabella di riferimento la media tra la percentuale ascrivibile ad 1/10 OD del 73% e la percentuale ascrivibile ad 1,5/10 OD del 64% con visus assente all'OS).

Tale valore percentuale del 69% è da intendersi quindi come danno complessivo ed integrale al visus, tenendo presente che la cecità bilaterale è tabellata 85% e che in tale stima non è stato considerato l'aggravamento del campo visivo.

2. Il danno biologico permanente in nesso causale con la naturale peggiorativa evoluzione della retinopatia diabetica proliferante, ipotizzando nella migliore delle ipotesi un visus residuo di 2/10 sia all'OD che all'OS, è stimabile in via orientativa nella misura del 54% (con applicazione della specifica tabella).

3. Il danno biologico permanente in nesso causale con l'inadeguata condotta tecnica è rappresentato dalla differenza tra il danno complessivo del 69% ed il danno attribuibile alla naturale evoluzione della retinopatia diabetica del 54%, essendo pertanto stimabile nella misura del 15%.

4. Completando il percorso valutativo, alla suddetta percentuale del 15% va aggiunto un lieve presumibile peggioramento del campo visivo (nell'ambito di un globale aggravamento comunque legato alla evoluzione della retinopatia diabetica) legato alla inadeguata condotta tecnica, per cui la valutazione del danno permanente biologico complessivamente attribuibile alla condotta dei sanitari dell'Ospedale di Larino è rappresentata da una quota percentuale del 20%, da intendersi come danno differenziale e maggior danno.

5. Il danno temporaneo è assorbito dai trattamenti e terapie che il paziente avrebbe comunque dovuto effettuare per la patologia di base.

6. Per quanto riguarda la capacità lavorativa del soggetto, occorre considerare che _____ (che attualmente ha _____ anni e che all'epoca dei fatti aveva _____ anni), si è laureato in _____ il _____ ed è attualmente iscritto al terzo anno del corso di specializzazione in _____

Pur essendo pertanto in concreto dimostrata in epoca successiva ai fatti oggetto di causa, il conseguimento della laurea ed il proseguimento del percorso di studi, risulta comunque innegabile come, rispetto alla potenziale



attività professionale ed ai peculiari adempimenti, sussista una negativa incidenza causata dal severo quadro menomativo a carico della funzione visiva. I CTU ritengono ipotizzabile una quota di riduzione complessiva della capacità lavorativa specifica del soggetto intorno ai 2/3 della totale, attribuibile al quadro menomativo complessivo attualmente rilevabile, potendo scorporare dalla suddetta soglia percentuale una quota di riduzione del 20% da porre in nesso causale con l'inadeguata condotta tecnica.

7. Va tenuto presente che il soggetto non avrebbe in ogni caso conseguito l'idoneità alla guida.

8. Non sono individuabili spese mediche future."

I c.t.u., all'esito dell'esame delle osservazioni inviate dai c.t.p., così riassuntivamente concludono (pag.96 e segg.):

"SINTESI CONCLUSIVA DI RISPOSTA AL QUESITO

I CTU, dopo avere esaminato i documenti in atti ed effettuata la visita specialistica oculistica e medico-legale del Sig.

rispondono come segue ai quesiti posti dal Sig. Giudice:

A) Il periziando si è rivolto all'Ospedale di nel giugno dell'anno 2000 per una patologia rappresentata da emorragia intravitale occhio sx;

B) Il periziando è stato sottoposto all'Ospedale di il 18/12/2000 ad intervento di cerchiaggio, vitrectomia e peeling di membrana per emovitreo occhio sx con retinopatia diabetica proliferante; sottoposto il 29/12/2000 ad intervento OS di vitrectomia, rimozione PFC ed ulteriore peeling di membrana e scambio con olio di silicone; sottoposto il 26/03/2001 ad intervento OS di rimozione di olio di silicone e peeling di membrane;

C) Sono ravvisabili nell'operato dei sanitari dell'Ospedale di profili di colpa rapportabili alla tardiva effettuazione dell'intervento di vitrectomia del dicembre 2000, non presentando la prestazione profili di particolare difficoltà;

D) La patologia all'OD a causa della quale il periziando si rivolto all'Ospedale di nell'autunno del 2000 ed in seguito agli Ospedali è rappresentata da retinopatia diabetica proliferante;

E) Per curare l'OD all'Ospedale di fu effettuata nell'autunno 2000 laserterapia ed all'Ospedale di il 16/12/2003 ad iniezione intravitale di Triamcinolone Acetonide;



F) Sono ravvisabili nell'operato dei sanitari dell'Ospedale di [redacted] profili di colpa, individuabili nell'aver effettuato trattamento laser all'OD nell'autunno del 2000 senza preventiva effettuazione di fluorangiografia in un caso che non presentava profili di particolare difficoltà; non sono ravvisabili profili di colpa nell'operato dei sanitari dell'Ospedale di [redacted] in quanto, pur a fronte di carente informativa in rapporto alla possibilità di insorgenza di ipertono, risulta dalla documentazione agli atti dopo il trattamento del 16/12/2000 solo un lieve ipertono verosimilmente ben compensato dalla terapia locale e per il quale non è possibile dimostrare una significativa interferenza sulla funzione visiva;

G) La cura con iniezione di Triamcinolone poteva essere definita all'epoca dei fatti di causa come "sperimentale" e comunque da considerare indicata con la modalità off-label;

H) I postumi attualmente rilevabili sono rappresentati da un visus di 1-1,5/10 all'OD, dalla perdita completa del visus all'OS e dalla compromissione marcata del campo visivo, essendo gli stessi postumi nel loro complesso addebitabili sia ai profili di colpa sopra evidenziati che alla naturale evoluzione peggiorativa della retinopatia diabetica;

I) L'attività lavorativa di medico chirurgo è parzialmente compatibile con l'invalidità del soggetto, tenuto conto anche della specializzazione in corso di genetica medica e tenuto conto che non avrebbe in ogni caso conseguito l'idoneità alla guida;

I CTU ritengono sussistente una riduzione complessiva della capacità lavorativa specifica del soggetto pari a circa 2/3 della totale e conseguente al quadro menomativo visivo nel suo complesso, ritenendo scorporabile dalla suddetta soglia percentuale una quota di riduzione del 20% da porre in nesso causale con l'inadeguata condotta tecnica;

J) Un approccio corretto da parte del personale dell'Ospedale di [redacted] (come sopra dettagliatamente indicato) avrebbe con elevata probabilità parzialmente evitato il prodursi dell'aggravamento del danno (tenendo conto di un visus verosimilmente stimabile in 2/10 sia OS che OD come conseguenza della retinopatia diabetica e tenendo altresì conto dell'aggravamento del quadro rapportabile all'inadeguata condotta tecnica in paziente attualmente con visus di 1-1,5/10 all'OD e nell'assenza del visus all'OS, dovendo anche considerare il



peggioramento del grado di compromissione del campo visivo). Sotto il profilo valutativo, applicando la criteriologia medico-legale con riferimento ai comuni più autorevoli barèmes, si ritiene in via deduttiva ed orientativa come, nell'ambito di un danno biologico complessivo del 69% (addebitabile sia alla retinopatia diabetica che ai profili di colpa), sia individuabile una quota del 20% addebitabile all'inadeguata condotta tecnica e da intendersi come quota di maggior danno ovvero danno differenziale (v. considerazioni valutative e metodologiche sopra dettagliatamente esposte);

Il danno temporaneo è assorbito dai trattamenti e terapie che il paziente avrebbe comunque dovuto effettuare per la patologia di base

K) Il periziando non dovrà sopportare spese mediche in futuro."

L'iter argomentativo dei c.t.u. viene condiviso e fatto proprio dal Tribunale in quanto chiaro, esaustivo e congruamente motivato, supportato da approfondimenti scientifici e da un esame scrupoloso degli atti di causa e della documentazione tempestivamente prodotta dalle parti. Altrettanto dicasi per le conclusioni definitivamente formulate.

Per quanto riguarda la problematica della documentazione utilizzabile, si conferma quanto già disposto con provvedimento depositato il 16.1.2014, che ha respinto l'istanza dell'attore di poter produrre in sede di CTU documenti di contenuto medico, non depositati precedentemente. Non si tratta di documenti di formazione successiva rispetto al maturare delle preclusioni istruttorie, pertanto l'attore avrebbe potuto e dovuto depositarli entro lo spirare del termine assegnato per le richieste istruttorie. Né si può sostenere che si tratti di mera documentazione accessoria nell'ambito della CTU, in quanto – al contrario – proprio nella prospettazione dell'attore tali documenti sarebbero determinanti ai fini della prova degli effetti assolutamente negativi cagionati in concreto dalla iniezione di Triamcinolone.

Sulla base delle risultanze della consulenza tecnica, il Tribunale ritiene che sia ravvisabile una responsabilità in capo alla ASL e per essa alla Gestione Liquidatoria – per inadempimento della prestazione sanitaria non correttamente eseguita, con conseguente danno biologico differenziale.

L'eccezione di prescrizione del diritto, sollevata dalla terza chiamata Gestione Liquidatoria, non può essere condivisa. La terza chiamata sostiene che



opererebbe la prescrizione quinquennale, con decorrenza dall'ultimo intervento eseguito il 30.12.2000 e che l'atto di citazione è stato notificato il 2.11.2011, senza precedenti atti interruttivi della prescrizione.

In proposito va invece osservato che il termine prescrizionale applicabile è quello ordinario decennale, in quanto – secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza - il rapporto che si instaura tra struttura sanitaria e paziente ha natura contrattuale (v. Cass. S.U. n.577/2008). Neppure dopo l'entrata in vigore della L. n.189/2012 – tra l'altro successiva ai fatti oggetto di causa – può ritenersi superato l'orientamento tradizionale sulla responsabilità da contatto sociale e sulle sue implicazioni, poiché la nuova norma non ha inteso prendere specifica posizione sulla qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità di natura extracontrattuale (v. Cass. n.8940/2014). A norma dell'art.2935 c.c. la prescrizione inizia a decorre solo dal momento in cui il diritto può esser fatto valere: nel caso di risarcimento del danno per responsabilità professionale sanitaria il *dies a quo* va individuato nel momento in cui il pregiudizio all'integrità psicofisica viene percepito o può essere percepito quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche (v. Cass. n.21715/2013). Nel caso di specie la prestazione sanitaria della ASL n.4 è proseguita almeno fino al 25.3.2001 – quando fu praticato il terzo intervento per la rimozione dell'olio di silicone all'ospedale di Larino – ma solo dopo i consulti presso altri specialisti e in particolare con la relazione peritale del dott. del 25.5.2008 ha avuto contezza del danno e del nesso causale con le prestazioni erogate dall'ospedale di [doc.1 dell'attore]. La terza chiamata non ha dedotto né dimostrato che controparte abbia avuto conoscenza del danno e del rapporto di derivazione eziologica in un momento anteriore. Solo *ad abundantiam* va osservato che con raccomandata del 10.4.2009 ricevuta il 28.4.2009 – diretta specificamente alla ASL – l'attore ha costituito in mora la ASL. Nonostante le contestazioni sollevate dalla terza chiamata sull'indirizzo di spedizione, non può esservi dubbio che l'atto è stato recapitato al destinatario e ha quindi raggiunto lo scopo (doc. A dell'attore). A tale prima diffida ne sono seguite altre (doc.B e C dell'attore). Pertanto, considerata la notifica dell'atto di citazione per



chiamata in causa in data 2.11.2011, deve concludersi che l'azione è stata tempestivamente esercitata e che il diritto non è prescritto.

- La quantificazione del danno non patrimoniale, eziologicamente imputabile alla Gestione Liquidatoria, viene effettuata da questo Giudice seguendo i criteri elaborati dal Tribunale di Milano, che ha predisposto tabelle la cui adeguatezza è stata riconosciuta anche dalla Corte di Cassazione, la quale ne ha suggerito l'uso come modello o parametro per tutti i giudici di merito (Cass. n.12408/11 e n.28290/11).

Nel caso di specie, come sopra specificato, il risarcimento del danno biologico permanente va limitato al danno differenziale pari al 20%, ricompreso tra la percentuale del 69% e 49% (v. Cass. n.15733/2015). Chiaramente va tenuto conto dell'età dell'attore al tempo dei fatti (anni 2000-2001, età 23-24). Va applicato inoltre un aumento per la personalizzazione del danno rispetto ai valori medi standardizzati delle tabelle milanesi, poiché è innegabile che la perdita del *visus* – rispetto ad altre forme di invalidità classificate con la medesima percentuale – si connota di un particolare disvalore – morale ed esistenziale – per le gravissime implicazioni che ha nello svolgimento della vita personale, familiare e sociale, quotidiana e non solo, precludendo molte esperienze ed attività, come comprovato dalla prova testimoniale (rispetto al valore medio standard delle tabelle viene applicato un aumento del 33%). Sulla base di tali presupposti si ritiene di liquidare il danno risarcibile nella somma di euro 390.000,00 (cifra arrotondata per eccesso).

L'importo è stato quantificato secondo l'attuale capacità di acquisto della moneta e non necessita di rivalutazione.

Non viene liquidata una somma ulteriore e separata per il danno esistenziale, in quanto il risarcimento del danno non patrimoniale come sopra calcolato include ogni risvolto della lesione del bene salute, quindi anche la perdita o limitazione di attività della vita quotidiana personale o sociale, nonché la sofferenza psichica conseguente alla lesione. Come chiarito nella pronuncia delle Sezioni Unite n.26972/2008, fermo il principio della integralità del risarcimento, il danno biologico e il danno morale o da compromissione della vita di relazione non vanno liquidati separatamente, pena il rischio di una indebita duplicazione.



Va riconosciuto inoltre il danno patrimoniale per lucro cessante. Nonostante la perdita pressochè totale della vista è riuscito a laurearsi in

nel 2007 e sta frequentando la specializzazione in I c.t.u. hanno avuto cura di precisare che l'attività lavorativa di medico chirurgo è compatibile parzialmente con l'invalidità del soggetto, tenuto conto della specializzazione in corso di genetica medica e tenuto conto che non avrebbe in ogni caso conseguito l'idoneità alla guida. La riduzione della capacità lavorativa specifica dell'attore riscontrata dai c.t.u. è stata indicata nei 2/3 della totale e di tale riduzione una quota pari al 20% va messa in nesso causale con l'inadeguata condotta tecnica dell'ospedale di

Sulla base di tali elementi il danno per lucro cessante risarcibile viene quantificato equitativamente in euro 120.000,00 (cifra arrotondata per eccesso). La quantificazione ha tenuto conto del livello reddituale annuo nella fascia professionale di specializzazione dell'attore, considerando come inizio della attività lavorativa l'età di 30 anni, con applicazione della formula di capitalizzazione di cui alle tabelle R.D. n.1403/1922, corretta alla luce della attuale aspettativa media di vita lavorativa - ben maggiore rispetto all'epoca di redazione delle tabelle - non riducendo più il coefficiente per lo scarto tra vita fisica e vita lavorativa (Cass. n.15738/2010) (reddito annuo: euro 50.000,00; tasso di perdita di capacità lavorativa: 66%; coefficiente corrispondente all'età di 30 anni: 18,049; dal risultato totale è stata scorporata la quota pari al 20% riconducibile all'errore professionale, da risarcire).

Non sono state invece specificamente indicate dall'attore, né documentate spese mediche. Non sono individuabili spese future.

Il danno risarcibile – non patrimoniale e patrimoniale - ammonta in totale a euro 510.000,00, che la Gestione Liquidatoria viene condannata a versare all'attore.

Sull'importo complessivo liquidato a titolo di risarcimento con la presente sentenza maturano gli interessi legali a decorrere dalla pronuncia. Secondo il più recente orientamento della giurisprudenza *"Nei debiti di valore i cosiddetti interessi compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno causato dal ritardato pagamento dell'equivalente monetario attuale della somma dovuta all'epoca dell'evento lesivo. Tale danno sussiste solo quando, dal confronto comparativo in unità di pezzi monetari tra la somma rivalutata*



riconosciuta al creditore al momento della liquidazione e quella di cui egli disporrebbe se (in ipotesi tempestivamente soddisfatto) avesse potuto utilizzare l'importo allora dovutogli secondo le forme considerate ordinarie nella comune esperienza ovvero in impieghi più remunerativi, la seconda ipotetica somma sia maggiore della prima, solo in tal caso potendosi ravvisare un danno da ritardo, indennizzabile in vario modo, anche mediante il meccanismo degli interessi, mentre in ogni altro caso il danno va escluso. Il giudice del merito è tenuto a motivare il mancato riconoscimento degli interessi compensativi solo quando sia stato espressamente sollecitato mediante l'allegazione della insufficienza della rivalutazione ai fini del ristoro del danno da ritardo secondo il criterio sopra precisato." (Cass. n.22.347/2007). Nel caso di specie la parte attrice non ha allegato il fatto che la rivalutazione non sia sufficiente a coprire il danno da ritardo, né ha indicato quale impiego avrebbe fatto della somma se immediatamente risarcita. Pertanto non può essere riconosciuto un danno da ritardo, ma unicamente gli interessi legali a decorrere dalla pronuncia della sentenza (con la quale il debito di valore viene quantificato e si trasforma in debito di valuta produttivo di interessi corrispettivi).

- L'assicurazione dovrà manlevare e tenere indenne la Gestione Liquidatoria, in forza del contratto di assicurazione della responsabilità n.

La polizza è certamente operativa. Nonostante l'assicurazione abbia sostenuto - alla vigilia dell'udienza di precisazione delle conclusioni – la carenza di copertura assicurativa per il fatto che la prestazione sarebbe stata erogata in via amichevole, non si vede come possa negarsi la natura medico-sanitaria delle prestazioni che ha ricevuto presso l'ospedale di consistite in plurime visite, plurimi ricoveri e plurimi interventi chirurgici, effettuati da più medici, come risulta dalle cartelle cliniche. La fattispecie rientra pienamente nel contratto di ospedalità; a nulla rileva se tra uno dei medici e il paziente vi fosse un rapporto di amicizia; la struttura sanitaria è comunque responsabile delle prestazioni mediche eseguite al suo interno dai suoi dipendenti. Pertanto l'eccezione formulata dai – ammesso e non concesso che si tratti di eccezione ancora tempestiva – è infondata.



- Per quanto riguarda la posizione degli Ospedali hanno ravvisato elementi significativi di responsabilità e quindi di inadeguate condotte tecniche in rapporto al trattamento effettuato, rappresentato da iniezione di Triamcinolone, se non sotto il profilo della carenza di informazione al paziente sulla possibile complicanza rappresentata da ipertono, che però non risulta essersi verificata.

L'attore ha chiesto comunque il risarcimento.

In proposito va premesso che non può confondersi l'inadempimento con il danno. Pertanto la carenza informativa, di per sé, in assenza di un pregiudizio conseguente, non comporta ad avviso di questo giudice – pur esistendo un orientamento giurisprudenziale di senso contrario – il diritto al risarcimento. Nel caso di specie la prestazione tecnicamente è stata eseguita in modo corretto ed era adeguata rispetto allo stato della scienza medica al tempo dei fatti; come sopra ricordato non vi è prova che la complicanza sottaciuta si sia verificata.

inoltre non ha dimostrato che nell'ipotesi in cui avesse avuto tale informazione non si sarebbe sottoposto al trattamento. I capitoli di prova formulati dall'attore nella memoria istruttoria, aventi ad oggetto le sue preoccupazioni per l'occhio destro, non sono sufficienti a dimostrare che egli avrebbe verosimilmente rifiutato il trattamento se avesse ricevuto maggiori informazioni. Va ricordato che la malattia avrebbe inesorabilmente portato il ragazzo verso la perdita della vista e a quel tempo non esistevano terapie migliori di quella indicata dal medici degli Ospedali Riuniti; pertanto neppure sulla base di un ragionamento induttivo può giungersi con sufficiente grado di certezza alla conclusione che egli avrebbe scelto di non effettuare quella terapia.

Per i motivi sopra esposti la domanda di risarcimento nei confronti degli Ospedali Riuniti viene respinta.

Di conseguenza sono assorbite le ulteriori questioni ed eccezioni sollevate dalla parte convenuta. È superata anche la domanda di manleva svolta dagli Ospedali verso la propria compagnia di assicurazione

- In considerazione dell'esito del giudizio, applicato il principio della soccombenza, gli Assicurati vengono condannati a rifondere le spese di causa all'attore, nonché alla propria assicurata Gestione Liquidatoria



Rimangono a carico dei le spese di causa dagli stessi sostenute. L'attore viene condannato a rifondere le spese agli Ospedali

; sono compensate le spese della chiamata in causa dagli Ospedali . L'attore viene condannato a rifondere parzialmente le spese della – per la quota di 1/3, da distrarre in favore del difensore antistatario – con compensazione dei restanti 2/3, tenuto conto da un lato della complessità della normativa regionale in materia di successione delle disciolte ASL, ma dall'altro del fatto che l'attore ha coltivato la domanda risarcitoria contro la anche dopo che questa aveva spiegato la propria estraneità ai fatti e dopo la costituzione della Gestione Liquidatoria da lui chiamata in causa. Le spese di lite vengono liquidate come in dispositivo, in considerazione del valore accertato della causa e comunque entro i limiti delle note spese depositate. Le spese del consulente di parte, di cui l'attore ha chiesto il rimborso, vengono incluse nelle spese di lite, ma limitatamente all'importo di euro 4.000,00, ritenuto congruo da questo giudice in considerazione del contenuto della relazione e dell'attività del c.t.p., la cui utilità va valutata in relazione all'esito della causa.

Le spese di CTU, già liquidate, vengono poste definitivamente a carico degli Assicurati

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando nella causa n.227/11 R.G., promossa

DA

ATTORE

CONTRO

Azienda Ospedaliera

, in persona del legale rappresentante;

CONVENUTA

CONTRO

Azienda Sanitaria

rappresentante;

in persona del legale

CONVENUTA

CON L'INTERVENTO DI



Gestione Liquidatoria
rappresentante;

TERZA CHIAMATA

CON L'INTERVENTO DI

Assicurazioni, in persona del legale rappresentante;

TERZA CHIAMATA

CON L'INTERVENTO DI

Assicurazioni che hanno sottoscritto il contratto assicurativo n. , in persona del legale rappresentante;

TERZO CHIAMATO

ogni altra domanda ed eccezione disattesa;

dichiara

la carenza di titolarità del rapporto sostanziale in capo alla

condanna

la Gestione Liquidatoria in persona del legale rappresentante, a risarcire a il danno dallo stesso subito

a causa della non corretta prestazione sanitaria, quantificato in complessivi euro 510.000,00, oltre interessi legali dalla presente pronuncia al saldo;

condanna

gli Assicurazioni che hanno sottoscritto il contratto assicurativo n. , in persona del legale rappresentante, a manlevare e tenere indenne

la Gestione Liquidatoria di tutte le somme che dovrà versare a in esecuzione della presente sentenza;

rigetta

la domanda di condanna al risarcimento avanzata dall'attore nei confronti dell'Azienda Ospedaliera

condanna

gli Assicurazioni che hanno sottoscritto il contratto assicurativo n. , in persona del legale rappresentante, a rifondere a

le spese di causa che vengono liquidate in complessivi euro 25.813,22, di cui euro 423,22 per esborsi, euro 4.000,00 per spese di consulente di parte ed



euro 21.390,00 per compenso professionale, oltre spese generali nella misura del 15%, Iva se dovuta e Cpa come per legge;

condanna

gli Assicurati che hanno sottoscritto il contratto assicurativo n. _____ in persona del legale rappresentante, a rifondere alla Gestione Liquidatoria le spese di causa che vengono liquidate in complessivi euro 10.343,00 per compenso professionale, oltre spese generali nella misura del 15%, Iva se dovuta e Cpa come per legge;

condanna

a rifondere :

le spese di causa che vengono liquidate in complessivi euro 10.342,00 per compenso professionale, oltre spese generali nella misura del 15%, Iva se dovuta e Cpa come per legge;

condanna

a rifondere alla

la quota di 1/3 delle spese di causa, che vengono liquidate per l'intero in complessivi euro 10.343,00, oltre spese generali nella misura del 15%, Iva se dovuta e Cpa come per legge, da distrarre in favore del difensore dichiaratosi antistatario;

dichiara

interamente compensate le spese di causa degli Assicurati e delle Assicurazioni e compensate per 2/3 le spese dell'Azienda Sanitaria

pone

definitivamente a carico degli Assicurati che hanno sottoscritto il contratto assicurativo n. _____ le spese di CTU, già liquidate in corso di causa.

Ancona, 19 luglio 2016.

Il Giudice

Manuela Mari

atto sottoscritto digitalmente

